

Información de la Familia				
Dirección				Dot
Ciudad	Estado		Código Postal	
Número de teléfono principal de contacto		Número de teléfono alternativo de contacto		
Información del Padre/Tutor		Información de los Niños		
Apellido(s):	Nombre:	Doy mi permiso que el niño/los niños alistado(s) en este formulario reciba(n) la vacuna contra la Gripe porcina H1N1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Yo quiero ponerme la inyección contra la Gripe porcina H1N1. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Información del Primer Niño		
<i>Si usted mismo/a no quiere la inyección, omita esta sección y llene solamente la información para los niños.</i>		Apellido(s):	Nombre:	
		Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
¿Está embarazada? (Sólo mujeres) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Yo soy el padre, la madre o el tutor legal de este niño. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene o cuida a algún niño menor de 6 meses de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el niño:			
¿Tiene alguna enfermedad crónica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esta es la <input type="checkbox"/> 1ª <input type="checkbox"/> 2ª vacuna contra la Gripe porcina H1N1 para este niño. (Solamente los niños menores de 10 años de edad necesitan 2 dosis de la vacuna)			
¿Cuál enfermedad? _____				
¿Alguna vez ha recibido la inyección contra la gripe de estación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez este niño ha recibido la inyección contra la gripe de estación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Alguna vez ha tenido una reacción severa a cualquiera vacuna? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez este niño ha tenido una reacción severa a cualquiera vacuna? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Ha recibido alguna otra inyección durante los 30 días pasados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si esta es la 2ª inyección contra la Gripe porcina H1N1 para este niño, ¿tuvo una reacción severa a la 1ª inyección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Ha tomado usted Tamiflu o Relenza en las últimas 48 horas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aparte de la inyección contra la Gripe porcina H1N1, ¿este niño ha recibido alguna otra inyección durante los 30 días pasados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Durante los 24 horas pasados, ¿ha tenido fiebre de más de 100°? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha tomado este niño Tamiflu o Relenza en las últimas 48 horas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Alguna vez ha tomado una medicina que causó hinchazón de la boca o garganta, dificultad de respirar o choque? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Este niño tiene alergia a los huevos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Durante los 24 horas pasados, ¿este niño ha tenido fiebre de más de 100°? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene alergia a los huevos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna vez este niño ha tomado una medicina que causó hinchazón de la boca o garganta, dificultad de respirar o choque? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene alguna pregunta acerca de la vacuna contra la Gripe porcina H1N1? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Este niño tiene alguna enfermedad crónica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Padre/Tutor: Yo doy mi consentimiento para recibir la vacuna contra la Gripe porcina H1N1 (si aplica). Entiendo que el Aviso sobre Normas de Privacidad del departamento está disponible en: www.HealthyOkaloosa.com. Tengo la autoridad legal, basado en mi relación con los niños alistados en este formulario, consentir a la administración de la vacuna para la Gripe porcina H1N1 para los niños identificados y sí consiento a la administración de la vacuna para cada niño identificado. También entiendo que las vacunas serán documentadas en el registro de vacunas Florida SHOTS Immunization Registry.

Firma _____ Fecha de hoy _____

No escriba en esta área. Staff Use Only.	Parent/ Guardian				Child #1			
	Vaccine Site		Formulation		Vaccine Site		Formulation	
	LDT = Left Deltoid RDT = Right Deltoid LLT = Left Lateral Thigh RLT = Right Lateral Thigh IN = Intra-nasal ----- LAIV = Live Attenuated Intra-nasal Vaccine PF = Preservative Free	LDT	Sanofi Pasteur	0.25 ml	PF	LDT	Sanofi Pasteur	0.25 ml
	RDT	Novartis	0.50 ml	PF	RDT	Novartis	0.50 ml	PF
	LLT	CSL	0.25 ml		LLT	CSL	0.25 ml	
	RLT	LAIV	0.50 ml		RLT	LAIV	0.50 ml	
	IN	Lot #			IN	Lot #		

Vaccinator Initials: _____ Vaccinator Initials: _____

Información del 2° Niño			Información del 3° Niño		
Apellido(s):	Nombre:		Apellido(s):	Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Yo soy el padre, la madre o tutor legal de este niño. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Yo soy el padre, la madre o tutor legal de este niño. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Relación con el niño:			Relación con el niño:		
Esta es la <input type="checkbox"/> 1ª <input type="checkbox"/> 2ª vacuna contra la Gripe porcina H1N1 para este niño. (Solamente los niños menores de 10 años de edad necesitan 2 dosis de la vacuna)			Esta es la <input type="checkbox"/> 1ª <input type="checkbox"/> 2ª vacuna contra la Gripe porcina H1N1 para este niño. (Solamente los niños menores de 10 años de edad necesitan 2 dosis de la vacuna)		
¿Alguna vez este niño ha recibido la inyección contra la gripe de estación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Alguna vez este niño ha recibido la inyección contra la gripe de estación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Alguna vez este niño ha tenido una reacción severa a cualquiera vacuna? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Alguna vez este niño ha tenido una reacción severa a cualquiera vacuna? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si esta es la 2ª inyección contra la Gripe porcina H1N1 para este niño, ¿tuvo una reacción severa a la 1ª inyección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si esta es la 2ª inyección contra la Gripe porcina H1N1 para este niño, ¿tuvo una reacción severa a la 1ª inyección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Aparte de la inyección contra la Gripe porcina H1N1, ¿este niño ha recibido alguna otra inyección durante los 30 días pasados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Aparte de la inyección contra la Gripe porcina H1N1, ¿este niño ha recibido alguna otra inyección durante los 30 días pasados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha tomado este niño Tamiflu o Relenza en las últimas 48 horas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Ha tomado este niño Tamiflu o Relenza en las últimas 48 horas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Durante los 24 horas pasados, ¿este niño ha tenido fiebre de más de 100°? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Durante los 24 horas pasados, ¿este niño ha tenido fiebre de más de 100°? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Alguna vez este niño ha tomado una medicina que causó hinchazón de la boca o garganta, dificultad de respirar o choque? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Alguna vez este niño ha tomado una medicina que causó hinchazón de la boca o garganta, dificultad de respirar o choque? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Este niño tiene alergia a los huevos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Este niño tiene alergia a los huevos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Este niño tiene alguna enfermedad crónica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Este niño tiene alguna enfermedad crónica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Información del 4° Niño			No escriba en esta área. Sólo para el uso del personal.		
Apellido(s):	Nombre:		Child # 2		
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Vaccine Site	Formulation	Lot #
Yo soy el padre, la madre o tutor legal de este niño. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			LDT RDT	Sanofi Pasteur 0.25 ml PF	
Relación con el niño:			LLT RLT	Novartis 0.50 ml PF	
Esta es la <input type="checkbox"/> 1ª <input type="checkbox"/> 2ª vacuna contra la Gripe porcina H1N1 para este niño. (Solamente los niños menores de 10 años de edad necesitan 2 dosis de la vacuna)			IN	CSL 0.25 ml	
¿Alguna vez este niño ha recibido la inyección contra la gripe de estación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			LAIV	0.50 ml	
¿Alguna vez este niño ha tenido una reacción severa a cualquiera vacuna? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Vaccinator Initials:		
Si esta es la 2ª inyección contra la Gripe porcina H1N1 para este niño, ¿tuvo una reacción severa a la 1ª inyección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Child # 3		
Aparte de la inyección contra la Gripe porcina H1N1, ¿este niño ha recibido alguna otra inyección durante los 30 días pasados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			LDT RDT	Sanofi Pasteur 0.25 ml PF	
¿Este niño tiene alergia a los huevos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			LLT RLT	Novartis 0.50 ml PF	
Durante los 24 horas pasados, ¿este niño ha tenido fiebre de más de 100°? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			IN	CSL 0.25 ml	
¿Alguna vez este niño ha tomado una medicina que causó hinchazón de la boca o garganta, dificultad de respirar o choque? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			LAIV	0.50 ml	
¿Este niño tiene alguna enfermedad crónica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Vaccinator Initials:		
Información del 4° Niño			Child # 4		
Apellido(s):	Nombre:		LDT RDT	Sanofi Pasteur 0.25 ml PF	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	LLT RLT	Novartis 0.50 ml PF	
Yo soy el padre, la madre o tutor legal de este niño. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			IN	CSL 0.25 ml	
Relación con el niño:			LAIV	0.50 ml	
Esta es la <input type="checkbox"/> 1ª <input type="checkbox"/> 2ª vacuna contra la Gripe porcina H1N1 para este niño. (Solamente los niños menores de 10 años de edad necesitan 2 dosis de la vacuna)			Vaccinator Initials:		
¿Alguna vez este niño ha recibido la inyección contra la gripe de estación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			LDT = Left Deltoid		
¿Alguna vez este niño ha tenido una reacción severa a cualquiera vacuna? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			RDT = Right Deltoid		
Si esta es la 2ª inyección contra la Gripe porcina H1N1 para este niño, ¿tuvo una reacción severa a la 1ª inyección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			LLT = Left Lateral Thigh		
Aparte de la inyección contra la Gripe porcina H1N1, ¿este niño ha recibido alguna otra inyección durante los 30 días pasados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			RLT = Right Lateral Thigh		
¿Este niño tiene alergia a los huevos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			IN = Intra-nasal		
Durante los 24 horas pasados, ¿este niño ha tenido fiebre de más de 100°? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			LAIV = Live Attenuated Intra-nasal Vaccine		
¿Alguna vez este niño ha tomado una medicina que causó hinchazón de la boca o garganta, dificultad de respirar o choque? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			PF = Preservative Free		
¿Este niño tiene alguna enfermedad crónica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					